Załącznik nr 1 do

Regulaminu funkcjonowania monitoringu wizyjnego

na terenie
Zespołu Opieki Zdrowotnej w Szczytnie

Dane wnioskodawcy

(dane umożliwiające identyfikację

osoby na zapisie monitoringu) Szczytno, dnia …………………………

……………………………………………………………………

……………………………………………………………………

……………………………………………………………………

**Wniosek o udostępnienie danych z monitoringu**

**Zespołu Opieki Zdrowotnej w Szczytnie**

Zwracam się z prośbą o udostępnienie materiału z monitoringu wizyjnego ZOZ z dnia……………… godź…………..

**Uzasadnienie (cel pozyskania danych, podstawa prawna):** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

 ……………………………………………………..

Podpis wnioskodawcy

**Decyzja Administratora:**

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody

……………………………………………………….

Data i podpis Administratora